



Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional em pacientes internados em unidade de clínica médica

NANDA International nursing diagnoses in patients admitted to a medical clinic unit

Isabela Ubaldo¹, Eliane Matos¹, Nádia Chiodelli Salum¹, Juliana Balbinot Reis Girondi¹, Lícia Brito Shiroma¹

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a classificação diagnóstica da NANDA-Internacional (2012-2014). **Métodos:** estudo quantitativo que utilizou como amostra 134 prontuários de pacientes internados em um hospital universitário. A análise se deu mediante estatística descritiva: frequência e percentual. **Resultados:** os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes encontram-se nos domínios enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção e conforto. Destacam-se os diagnósticos de: Risco de infecção (93,8%), Risco de integridade da pele prejudicada (60,4%) e Ansiedade (60,4%). Houve significativa variação de interpretação de um mesmo diagnóstico em relação às características definidoras e fatores relacionados identificados. **Conclusão:** diagnósticos apresentados na pesquisa estão entre os mais frequentes em pacientes internados com intercorrências clínicas.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Enfermagem.

Objective: to identify nursing diagnoses, their defining characteristics and related factors, according to the NANDA-International diagnostic classification (2012-2014). **Methods:** a quantitative study that used as a sample 134 medical records of patients admitted to a university hospital. The analysis was based on descriptive statistics: frequency and percentage. **Results:** the most prevalent nursing diagnoses are in the areas of coping/stress tolerance, safety/protection and comfort. The following are the diagnoses of: risk of infection (93.8%), impaired skin integrity risk (60.4%) and anxiety (60.4%). There was a significant variation in the interpretation of the same diagnosis in relation to the defining characteristics and related factors identified. **Conclusion:** diagnoses presented in the research are among the most frequent in hospitalized patients with clinical intercurrents.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Nursing Records; Nursing.

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente: Eliane Matos
Rua Prof. Ayrton Roberto Oliveira, 20, apto 302A. CEP: 88034050 – Itacorubi. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: elianematos@hotmail.com

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem tornou-se obrigatória no Brasil a partir de 2009, por meio da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem⁽¹⁾, e é entendida como a utilização de método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, que embasam a assistência de Enfermagem e contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, que se estrutura em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O processo de enfermagem, por sua vez, é entendido como o instrumento metodológico orientador do cuidado de enfermagem e da documentação da prática profissional⁽¹⁾.

Como parte integrantes do processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem é um importante tema de pesquisa em enfermagem em termos de qualidade de avaliação de enfermagem, intervenções e resultados, além de facilitar a comunicação e continuidade da assistência⁽²⁾. Trata-se de uma etapa fundamental para o planejamento do cuidado ou prescrição de enfermagem e permite a identificação dos problemas de saúde reais ou potenciais do paciente com suas características particulares, ou seja, de maneira individualizada, utilizando um raciocínio científico⁽³⁾. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para o alcance dos resultados que se esperam com os cuidados de enfermagem⁽⁴⁾.

É ainda recente a utilização do termo diagnóstico de enfermagem, tanto no Brasil como no contexto internacional. Data de 1973 a primeira conferência com o objetivo de criar um sistema de classificação diagnóstica compatível com a informática; e foi a par-

tir desta conferência, que enfermeiros do Canadá e dos Estados Unidos criaram o *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*, em 1982 denominado então *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁽⁴⁾. Em 1980 a *American Nurses Association* define a enfermagem como ciência capaz de efetuar diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas potenciais e reais de saúde⁽⁵⁾.

Conhecida mundialmente, a NANDA Internacional (NANDA-I) vem sendo utilizada no Brasil, associada à teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽⁶⁾. Na instituição em estudo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem se baseia, desde 1980, no referencial das Necessidades Humanas Básicas⁽⁶⁻⁷⁾. No entanto, não incorpora no processo a etapa de diagnóstico de enfermagem, detendo-se ao registro dos problemas do paciente para o planejamento da assistência. Considerando a importância da etapa de diagnóstico para o planejamento da assistência de enfermagem e a diversidade de patologias dos pacientes que internam nas unidades médica da instituição estudada, os quais podem beneficiar-se com a assistência de qualidade e individualizada, possibilitada pelo diagnóstico de enfermagem, justifica-se a realização do presente estudo.

Entendendo que o diagnóstico de enfermagem é parte importante da sistematização da assistência, o estudo objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a classificação diagnóstica NANDA-I (2012-2014).

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo observacional transversal não probabilístico, realizado em uma unidade de clínica médica do Hospital Universitário do sul do Brasil, que utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo das Necessidades Humanas Básicas⁽⁶⁾ para o planejamento da assistência dos pacientes internados.

Nesta instituição, a Sistematização da Assistên-

cia de Enfermagem é desenvolvida a partir do histórico de enfermagem realizado nas primeiras 24 horas de internação do paciente, no qual são identificados os problemas de enfermagem. Para esses problemas são prescritos os cuidados de enfermagem. Executada a prescrição de enfermagem, na evolução diária de enfermagem, é feita a avaliação da condição clínica do paciente e a resposta deste aos cuidados de enfermagem. A prescrição então é atualizada de acordo com a condição do paciente. A etapa de diagnóstico de enfermagem corresponde à identificação dos problemas/necessidades e ao estabelecimento do grau de dependência do paciente⁽⁶⁾; essa etapa não é adotada na instituição

Participaram da coleta para identificação dos Diagnósticos de Enfermagem oito enfermeiros lotados na unidade de clínica médica. A identificação dos diagnósticos foi realizada pelos enfermeiros durante a elaboração do histórico do paciente e em continuidade, foram reavaliados, modificados, mantidos ou acrescidos de novos diagnósticos na realização diária da evolução de enfermagem.

A coleta de dados se deu por 60 dias, nos meses de junho e julho de 2012, período em que estiveram internados na unidade estudada 134 pacientes, com diversas patologias. As enfermeiras executaram 1223 processos de enfermagem, envolvendo estes pacientes. Em 994 dos processos avaliados estava incluído o Diagnóstico de Enfermagem como parte dele. Ao início da pesquisa os enfermeiros optaram por trabalhar com 8 diagnósticos que entendiam ser os mais frequentes na realidade a ser estudada. Ao iniciar o processo de pesquisa, no entanto, perceberam a necessidade de inclusão de três outros diagnósticos, portanto, foram trabalhados 11 Diagnósticos de Enfermagem da Classificação da NANDA-I. Os oito diagnósticos elencados inicialmente para o estudo foram: Dor crônica, Padrão respiratório ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Ansiedade, Risco de infecção e Risco de glicemia instável. Estes 8

diagnósticos foram analisados em relação totalidade dos prontuários. Posteriormente foram incorporados os diagnósticos de Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Constipação e Risco de Constipação. Este segundo grupo de diagnósticos foi analisado em relação a 69 prontuários do total dos 134 que fizeram parte do estudo.

Para realização do estudo foram incluídos no aplicativo informatizado da Sistematização da Assistência de Enfermagem, já em uso na instituição, os 11 diagnósticos de enfermagem com suas características definidoras e fatores relacionados/riscos e os enfermeiros foram orientados para sua utilização. O registro dos enfermeiros foi avaliado diariamente por um dos pesquisadores.

Os Diagnósticos de Enfermagem foram organizados em uma planilha do *excel*, sistematicamente atualizada durante a coleta de dados, para posterior análise. Na análise dos dados foram observadas as frequências simples de identificação de cada diagnóstico, sendo estes tabulados através de frequência absoluta e percentual.

Considerou-se para análise os prontuários da totalidade de pacientes internados no período de estudo, ou seja, 134 pacientes (prontuários), dos quais em 129 foram identificados diagnósticos de enfermagem. Foram consideradas as anotações diárias em cada um dos prontuários, sendo que um mesmo prontuário foi avaliado mais de uma vez, dependendo do tempo de internação do paciente.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados apontam uma importante adesão da enfermagem à Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é realizada diariamente a cada um dos pacientes internados na unidade estudada. Constatou-se que foram realizadas habitualmente, as

etapas de histórico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem e que o diagnóstico de enfermagem somente deixou de ser registrado em 5 dos 134 prontuários analisados.

Na análise do percentual de ocorrência dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes internados nas unidades de Clínica Médica estudadas, observou-se que de 129 prontuários: 121(93,2%) apresentaram diagnóstico de Risco de Infecção; 78(60,4%) apresentaram os diagnósticos de Risco de integridade da pele prejudicada e Ansiedade; 65(59,4%) Risco de glicemia instável; 55(42,6%) Integridade da pele prejudicada; 34(26,4%) Dor Crônica; 33(25,5%) Padrão respiratório ineficaz e 30(23,3%), Integridade tissular prejudicada.

Os diagnósticos de Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Risco de constipação e Constipação avaliados em 69 prontuários, obtiveram os seguintes percentuais de frequência: 31(44,0%) apresentaram diagnóstico de Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; 22(31,8%) apresentaram Risco de constipação e 14(20,2%) apresentaram diagnóstico de Constipação.

Avaliando os diagnósticos de enfermagem em conjunto com os fatores relacionados obteve-se que o Risco de infecção com 287 ocorrências, esteve relacionada a procedimentos invasivos em 107(37,2%) situações, a exposição ambiental aumentada a patógenos em 80(27,8%), a doença crônica 40(14%), destruição dos tecidos 37(13,0%) e a outros fatores de risco em 23(8,0%).

Risco de integridade da pele prejudicada, presente em 237 ocorrências, esteve relacionado à imobilidade física 41(17,4%); extremos de idade 38(16,0%); Fatores mecânicos 31(13,0%); Proeminências ósseas 19(8,0%) e outros fatores de risco 108(45,6%). Integridade da pele prejudicada com 102 ocorrências foi relacionada a Fatores mecânicos 36(35,2%); Imobilização física 11(10,7%); Extremos de idade 8(7,8%)

e a Outros fatores relacionados 47(46,0%). Já das 39 ocorrências de Integridade tissular prejudicada, 16(41,0%) esteve relacionada à Circulação alterada; 9(23,0%) a Fatores mecânicos e 14(35,9%) a Outros fatores relacionados.

O diagnóstico de Risco de glicemia instável com 107 ocorrências esteve relacionado a 45(42,0%); Ingestão alimentar 9(8,4%); Controle de medicamentos 31(28,9%); Outros fatores de risco 22(20,5%).

Risco de constipação presente em 34 situações, foi relacionado à Mudança nos padrões habituais de alimentação 9(26,4%); Hábitos irregulares de evacuação 4(11,7%); Confusão mental 3(8,8%); Hábitos alimentares deficientes 3(8,8%) e a outros fatores de risco 15(44,1%). Já a Constipação com 26 ocorrências, foi relacionada à Mudança nos padrões alimentares 4(15,3%); Hábitos alimentares deficientes 3(11,5%); Mudanças recentes de ambiente 3(11,5%) e a Outros fatores relacionados 16(61,5%).

O diagnóstico de Ansiedade com 114 ocorrências foi relacionado à Ameaça ao estado de saúde 44 (38,6%); Ansiedade 24 (21,0%); Estresse 12 (10,5%) e a Outros fatores relacionados 34 (29,8%).

Dor Crônica com 35 ocorrências esteve relacionado Incapacidade física crônica 33(94,2%) e Incapacidade psicossocial crônica 2(5,7%).

Em relação ao diagnóstico de Padrão respiratório ineficaz com 57 ocorrências, foi relacionado à Fadiga da musculatura respiratória 14(24,5%); Disfunção neuromuscular 13(22,8%); Dano musculoesquelético 13(22,8%) e a Outros fatores relacionados 17(29,8%).

Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais foi identificada em 36 (58,3%) processos de enfermagem. Em 21(58,3%) das avaliações foi relacionada a fatores biológicos; em 8 (22,2%) à Capacidade prejudicada de ingerir alimentos e 7(19,4%) a Outros fatores relacionados.

Em relação aos diagnósticos de integridade de pele a Tabela 1 traz as ocorrências de características definidoras:

Tabela 1 - Ocorrência das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de Integridade de Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada em Clínica Médica

Características definidoras	n(%)	Intervalo de Confiança 95%
Integridade da pele prejudicada		
Rompimento da superfície da pele	31(36,0)	26,6-45,5
Invasão de estruturas do corpo	26(30,2)	21,2-39,2
Destrução das camadas da pele	25(29,1)	20,2-38,0
Outras características definidoras	4(4,7)	0,5-8,8
Total	86(100,0)	
Integridade tissular prejudicada		
Tecido lesado	28(77,8)	69,6-85,9
Tecido destruído	8(22,2)	14,1-30,4
Total	36(100,0)	

Fonte: Adaptado⁽⁸⁾

Além destes, Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais foi caracterizada por Falta de interesse na comida 13(22,4%); Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a porção diária recomendada 11(18,9%); Aversão ao ato de comer 7(12,0%); Incapacidade percebida de ingerir comida 6(10,3%); Dor abdominal 6(10,3%) e Outras características definidoras 15(25,8%), totalizando 58 ocorrências.

Constipação foi caracterizada por Incapacidade de eliminar fezes 9(30,0%); Abdome distendido 6(20,0%) e Outras características definidoras 15(50,0%), totalizando 30 ocorrências.

Na tabela 2, a seguir verificam-se as características definidoras dos diagnósticos de ansiedade, dor crônica e padrão respiratório ineficaz.

Por fim, o estudo identificou ainda o enunciado diagnóstico predominante. Ansiedade avaliada em 374 situações esteve relacionada em 35(9,3%) dos casos a ameaça ao estado de saúde e foi caracterizado pela condição de preocupado; 31(8,2%) relacionado à ameaça ao estado de saúde e caracterizado por apreensivo; 308(82,3%) relacionados a outros fatores e caracterizados por outras características definidoras.

Tabela 2 - Ocorrência das características definidoras segundo diagnósticos de enfermagem Ansiedade, Dor Crônica e Padrão Respiratório Ineficaz nos pacientes internados no Serviço de Clínica Médica

Característica Definidora	n(%)	Intervalo de Confiança 95%
Ansiedade		
Apreensivo	54(16,2)	9,0-23,4
Preocupado	50(15,0)	8,0-22,0
Ansioso	38(11,4)	5,2-17,6
Outras características definidoras	191(57,4)	47,7-67,1
Total	333(100,0)	
Dor crônica		
Relato verbal de dor	30(39,0)	29,4-48,5
Expressão facial	15(19,5)	11,7-27,2
Outras características definidoras	32(41,6)	31,9-51,2
Total	77(100,0)	
Padrão respiratório ineficaz		
Dispneia	29(43,3)	33,6-53,0
Uso da musculatura acessória para respirar	11(16,4)	9,2-23,7
Alterações na profundidade respiratória	9(13,4)	6,7-20,1
Taquipneia	7(10,4)	4,5-16,4
Outras características definidoras	11(16,4)	9,2-23,7
Total	67(100,0)	

Fonte: Adaptado⁽⁸⁾

Em relação ao diagnóstico de Risco de infecção de 287 ocorrências, 107(37,2%) esteve relacionada a procedimentos invasivos e 18(6,27%) a outros fatores de risco. Risco de Integridade da Pele Prejudicada, com 237 avaliações, foi relacionado à imobilidade física em 41(17,3%) dos casos e 196(82,7%) a outros fatores de risco. De 107 ocorrências do diagnóstico de Risco de Glicemia Instável, 45(42%) estiveram relacionados a estado e saúde física e 62(57,9%) a outros fatores de risco.

De 101 avaliações de Integridade da Pele Prejudicada, 23(16,5%) estiveram relacionados a fatores mecânicos e foram caracterizadas por invasão das estruturas do corpo; 15(10,7%) a fatores mecânicos caracterizados por rompimento da superfície da pele e, 101(72,6%) a outros fatores relacionados e outras características definidoras. Padrão Respiratório Ineficaz, presente em 86 avaliações foi relacionado a fadiga

da musculatura respiratória e caracterizado por dispneia em 13(15,1%) dos casos; por disfunção neuromuscular caracterizada por dispneia em 12(13,9%) e por outros fatores relacionados caracterizados por outras características definidoras em 61(70,9%).

O diagnóstico de enfermagem Dor Crônica com 74 ocorrências foi relacionado à incapacidade física crônica caracterizada por relato verbal de dor em 29(37,6%) casos; por incapacidade física crônica caracterizada por expressão facial em 14(18,1%) e por outros fatores relacionados caracterizados por outras características definidoras em 34(44,1%) dos casos.

Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionadas a fatores biológicos apareceram em 21 situações, ou seja, 9(14,5%) caracterizados por falta de interesse na comida, 6(9,6%) por dor abdominal e 6(9,6%) por relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR. O mesmo diagnóstico aparece associado a outros fatores relacionados e outras características definidoras em 41(66,1%) das avaliações dos enfermeiros, totalizando 62 ocorrências.

Em relação à Integridade Tissular Prejudicada das 48 ocorrências, 15(31,2%) estiveram relacionadas à circulação alterada e caracterizada por tecido lesado; 9(18,7%) foram relacionadas a fatores mecânicos e caracterizadas por tecido lesado; e 24(50,0%) a outros fatores relacionados e outras características definidoras.

O diagnóstico de Constipação esteve relacionado a mudanças recentes no ambiente e caracterizado por incapacidade de eliminar fezes 3(7,8) e abdome distendido 2(5,2%); mudanças no padrão alimentar foi caracterizado por abdome distendido 2(5,2%), por incapacidade de eliminar fezes 2(5,2%) e frequência diminuída 2(5,2%). Ainda a Constipação relacionada à atividade física insuficiente foi caracterizada pela incapacidade de eliminar fezes 2(5,2%); hábitos alimentares deficientes caracterizado pela incapacidade de eliminar fezes 2(5,2%) e outros fatores relacionados caracterizado por outras características definidoras 23(60,5%), totalizando 38 avaliações. Quando

da avaliação do risco de constipação em 34 situações, 9(26,4%) estiveram relacionados a estado de saúde física e 25(73,5%) a outros fatores de risco.

Discussão

O estudo aponta o diagnóstico de Risco de infecção como um dos mais frequentes na unidade de clínica médica estudada, este achado esteve frequentemente relacionado à existência de procedimentos invasivos, na maioria dos casos pela necessidade de manutenção de acesso venoso para administração de medicamentos. Identificar precoce e corretamente o risco de infecção é um fator de segurança para o paciente. À medida que os enfermeiros demonstram sua preocupação com este aspecto da assistência, é possível que venham a diagnosticar e prever intervenções para estes pacientes, contribuindo para a segurança e a qualidade da assistência de enfermagem. Prevenir infecção evitável é papel de todo profissional preocupado com a saúde individual e coletiva.

Outro achado importante refere-se ao risco de integridade da pele prejudicada. O diagnóstico foi interpretado como decorrente da hospitalização, condições clínicas e diagnósticos médicos, além do elevado grau de dependência dos pacientes e propensão aumentada para lesões cutâneas sejam pela idade ou pelo confinamento ao leito, levando ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

A alta incidência deste diagnóstico denota a preocupação dos enfermeiros no sentido de prever cuidado para amenizar e/ou evitar o risco. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado com pacientes em terapia intensiva no qual identificou-se que 100,0% destes está sujeito ao diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada. Idade, imobilidade, fatores mecânicos, doença crônica e procedimentos invasivos, são apontados no estudo como fatores relacionados a este diagnóstico, mostrando similaridade com os achados nesta pesquisa⁽⁹⁾. Corroborando os dados desse e de outros estudos sabe-se que o envelhecimento populacional reflete-se

em aumento nos percentuais de internação de idosos. Pesquisa com o objetivo de identificar diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes idosos em uma instituição de saúde constatou que os Diagnósticos de Enfermagem prevalentes foram Risco de Infecção (78,0%), Mobilidade Física Prejudicada (69,0%) e Risco para Integridade da Pele Prejudicada (59,0%)⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O diagnóstico de Dor Crônica pode ter relação com o perfil dos pacientes, geralmente portadores de patologias crônicas. Destaca-se a importância da característica definidora relata dor para se chegar ao diagnóstico de enfermagem Dor Crônica⁽⁴⁾. Este dado difere de pesquisa realizada em uma unidade hospitalar de clínica médica, na qual o diagnóstico de dor predominante foi caracterizado como estado agudo e ocorreu em 66,7% da amostra estudada^(4,11). Na definição da NANDA-I, os conceitos de dor crônica e aguda diferem apenas no tempo de duração (de mais ou de menos de seis meses respectivamente) e na previsão da sua resolução. A dor aguda permite prever seu término ao contrário da dor crônica⁽⁴⁾.

Os diagnósticos de Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Risco de constipação e Constipação podem ser analisados em relação com pesquisa realizada com idosos no domicílio⁽¹²⁾, no qual foram estudados Diagnósticos de Enfermagem do domínio nutrição. No estudo constatou-se que o Diagnóstico de Enfermagem Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais esteve presente em 32,7% dos pacientes idosos, estando associado às mudanças no organismo, motivadas pelo processo do envelhecimento e à ingestão deficiente.

Apenas quatro casos não foram constatados nenhum dos Diagnósticos de Enfermagem elencados para estudo. As unidades de clínica médica atendem, majoritariamente, pacientes crônicos, e, em geral, dependentes de cuidados de enfermagem⁽¹³⁾.

Finalmente destaca-se que a maioria dos diagnósticos e consequentemente, de cuidados de enfermagem, foram determinados em padrões de saúde

fisiológicos e poucos em padrões psicossociais, resultado que corrobora estudo desenvolvido em hospitais holandeses⁽¹⁴⁾ e também em estudo realizado em hospital brasileiro com pacientes urológicos⁽¹⁵⁾.

Os resultados da pesquisa e as diferenças de interpretação dos fatores relacionados e características definidoras, interferindo na definição dos diagnósticos coloca-se como uma limitação do estudo. Ao mesmo tempo sinaliza a inexperiência e falta de domínio dos enfermeiros com essa classificação e a necessidade de capacitação dos profissionais. Os Diagnósticos de Enfermagem são fundamentais para orientar as intervenções de enfermagem.

Conclusão

O estudo trouxe os principais Diagnósticos de Enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados, situando-os nos domínios segurança/proteção, enfrentamento/tolerância, regulação, conforto, atividade/repouso, nutrição e eliminação e troca e nas classes lesão física, reações de enfrentamento, metabolismo, conforto físico, respostas cardiovasculares/pulmonares, ingestão e função gastrointestinal. Estes diagnósticos são representativos da assistência de enfermagem a pacientes assistidos em clínica médica e o conhecimento acerca destes, com a introdução da classificação diagnóstica da NANDA-I à realidade, traz importante contribuição para o conhecimento enfermagem e para a documentação da prática profissional.

Colaborações

Ubaldo I e Matos E contribuíram para a concepção do projeto, coleta, organização, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Salum NC, Girondi JBR e Shiroma LB contribuíram na análise e interpretação dos dados e revisão crítica relevante do artigo.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 358, de 23 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.
2. Frigstad SA, Nøst TH, André B. Implementation of free text format nursing diagnoses at a University Hospital's Medical Department. Exploring nurses' and nursing students' experiences on use and usefulness. A qualitative study. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mai 3]; 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/179275>
3. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):341-7.
4. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
5. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.
6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 2010.
7. Ubaldo I, Matos E, Salum NC, Girondi JBR. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(4):687-94.
8. Ubaldo. I. O diagnóstico de enfermagem da NANDA internacional na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital universitário. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.
9. Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Assessment of nursing care using indicators generated by software. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(2):234-341.
10. Araújo DD, Carvalho RLR, Chianca TCM. Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2):225-35.
11. Nogueira GA, Oliveira BGRB, Santana RF, Cavalcanti ACD. Nursing diagnoses in patients with chronic venous ulcer: observational study. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [cited 2016 Ago 01]; 17(2):333-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.28782>
12. Clares JWB, Freitas MC. Diagnósticos de enfermagem do domínio nutrição identificados em idosos da comunidade. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [cited 2016 Ago 01]; 15(4):940-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a11.pdf
13. Brito AP, Guirardello EB. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1):92-6.
14. Paans W, Muller- Staub M. Patients' Care Needs: documentation analysis in general hospitals. *Int J Nurs Knowl*. 2014; 26(4):178-86.
15. Lima WG, Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarenghi RV, Bezerra MLR. Main nursing diagnoses in hospitalized elderly people who underwent urological surgery. *Rev Rene*. 2015. 16(1):76-80.